

Sygn. akt *V Ca 568/15*

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 11 marca 2016 r.

Sąd Okręgowy w Warszawie V Wydział Cywilny-Odwoławczy w składzie:

Przewodniczący:	SSO Anna Strączyńska (spr.)
Sędziowie:	SO Joanna Machoń SR del. Agnieszka Wiśniewska
Protokolant:	sekr. sądowy Justyna Dwojewska

po rozpoznaniu w dniu 11 marca 2016 r. w Warszawie

na rozprawie

sprawy z powództwa K. B.

przeciwko (...) S.A. w W.

o zapłatę

na skutek apelacji powoda

od wyroku Sądu Rejonowego dla Warszawy-Mokotowa w Warszawie

z dnia 17 listopada 2014 r., sygn. akt II C 1526/14

- zmienia zaskarżony wyrok w ten sposób, że zasądza od (...) S.A. w W. na rzecz K. B. kwotę 7.789,47 zł (siedem tysięcy siedemset osiemdziesiąt dziewięć złotych czterdzieści siedem groszy) wraz z ustawowymi odsetkami od dnia 4 czerwca 2012 roku do dnia zapłaty i kwotę 1.517 zł (jeden tysiąc pięćset siedemnaście złotych) jako koszty procesu;
- zasądza od (...) S.A. w W. na rzecz K. B. kwotę 990 zł (dziewięćset dziewięćdziesiąt złotych) tytułem kosztów postępowania odwoławczego.

Sygn. akt *V Ca 568/15*

UZASADNIENIE

Pozwem z dnia 04 czerwca 2014 r. K. B. wniósł o zasądzenie od (...) S.A. z siedzibą w W. kwoty 7.789,47 zł wraz z odsetkami ustawowymi od dnia 04 czerwca 2012 r. do dnia zapłaty oraz o zasądzenie kosztów procesu w wysokości faktycznie uiszczonych przez powoda, w tym kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych. W uzasadnieniu powód wskazał, że strony łączyła umowa ubezpieczenia z kapitałowym funduszem inwestycyjnym, na podstawie której powód świadczył na rzecz strony pozwanej składki. Po wygaśnięciu umowy ubezpieczyciel wypłacił powodowi świadczenie stanowiące część środków zgromadzonych na rachunku powoda. Pozostała część strona

pozwana zatrzymała, w związku z czym powód dochodzi odpowiedniej dopłaty, stanowiącej nienależnie pobraną przez towarzystwo opłatę likwidacyjną.

W odpowiedzi na pozew strona pozwana wniosła o oddalenie powództwa w całości oraz zasądzenie od powoda kosztów procesu wraz z kosztami zastępstwa procesowego według norm przepisanych i równowartością opłaty skarbowej od złożonego pełnomocnictwa. Strona pozwana wskazała, że umowa była zawarta na 30 lat, powód otrzymał wszelkie dokumenty, które wskazywały na wypłatę świadczeń z umowy i podpisał oświadczenie, że zapoznał się z nimi oraz je rozumie. Nie może też być mowy o abuzywności zapisów umowy i OWU.

Wyrokiem z dnia 17 listopada 2014 roku Sąd Rejonowy dla Warszawy-Mokotowa w Warszawie oddalił powództwo i zasądził od powoda na rzecz ubezpieczyciela kwotę 1.217 zł jako koszty postępowania.

Powyższe rozstrzygnięcie zapadło w oparciu o następujące ustalenia faktyczne:

W dniu 29 marca 2010 r. K. B. wystąpił do pozwanego z deklaracją przystąpienia do Umowy Grupowego (...) z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym ze Składką Regularną „db Inwestuj w Przyszłość - Pasja Oszczędzania” na okres 30 lat. Pozwany wystawił powodowi z tego tytułu polisę o nr (...), określając początek okresu ubezpieczenia na dzień 02 kwietnia 2010 r., a regularną składkę miesięczną strony ustaliły na kwotę 440 zł. Zawierając umowę strony zgodnie oświadczyły też, że stosuje się do niej: Ogólne Warunki Grupowego (...) z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym ze Składką Regularną DB Inwestuj w Przyszłość Pasja Oszczędzania o indeksie (...) oraz Regulamin Ubezpieczeniowych Funduszy Kapitałowych o indeksie (...) - (...). Odpowiednie załączniki powód otrzymał, co poświadczył własnoręcznym podpisem pod deklaracją.

W 2012 roku powód zaprzestał uiszczania składek.

W piśmie z dnia 11 czerwca 2012 r. pozwany oświadczył powodowi, że z tej przyczyny umowa wygasła w dniu 17 maja 2012 r., informując go jednocześnie, że należne w takim wypadku według umowy tzw. świadczenie wykupu zostało spełnione przekazem pocztowym.

W chwili wygaśnięcia umowy wartość rachunku, związanego z wydaną powodowi polisą (...), wynosiła 9.736,84 zł. Z tej sumy pozwany wypłacił powodowi tytułem świadczenia wykupu kwotę 1.947,37 zł, co stanowiło 20 % wartości rachunku. Różnica między wartością odpowiedniego rachunku a spełnionym przez pozwanego świadczeniem wyniosła 7.789,47 zł.

W chwili zamknięcia rozprawy przed Sądem pierwszej instancji do urzędowego katalogu ogłoszonych niedozwolonych postanowień umownych nie było wpisane postanowienie wzorca umowy zastosowanego przez ubezpieczyciela, przewidujące wypłatę 20 % wartości rachunku tytułem tzw. świadczenia wykupu w trzecim roku obowiązywania odpowiedniej umowy, zawartej na lat 30.

Ustalając stan faktyczny Sąd Rejonowy oparł się na okolicznościach bezspornych oraz dokumentach złożonych do akt sprawy, niekwestionowanych przez żadną ze stron.

Przy tak ustalonym stanie faktycznym Sąd pierwszej instancji oddalił powództwo, wskazując, że ubezpieczyciel wypłacił powodowi kwotę stanowiącą świadczenie wykupu, obliczone zgodnie z umową. Ponadto zawarte w umowie określenie wysokości tego świadczenia nie było sprzeczne z prawem, w szczególności nie stanowiło niedozwolonego postanowienia umownego w rozumieniu ustawy.

Rozbudowana argumentacja stron, nakierowana na analizę zawiloci doktrynalnych i rozbieżności orzecznictwa w zakresie wykładni przepisów o tzw. klauzulach abuzywnych, zbaczała zdaniem Sądu pierwszej instancji z istoty sprawy i odrywała się od ustaleń faktycznych, które nie były przedmiotem sporu. Zdaniem Sądu, prawidłowe rozstrzygnięcie zagadnienia zasadności lub niezasadności roszczenia powoda sprowadzało się do udzielenia odpowiedzi na niewiele prostych pytań oraz do zastosowania jednoznacznych przepisów k.c.

Po pierwsze, należało w ocenie Sądu Rejonowego ustalić, czy powód rozumiał, jaką umowę zawiera z pozwanym i na jaki okres. Okoliczności sprawy pozwoliły Sądowi na jednoznaczne stwierdzenie, że powód wiedział, że zawiera umowę ubezpieczenia na życie na okres lat 30. Deklaracja przystąpienia do umowy liczyła jedynie 3 (trzy) strony. Była prosta i została wypełniona w sposób nie budzący wątpliwości. Opisanie tam warunki umowy były tak zwarte, że Sąd przywołał je w całości.

Po drugie, należało ustalić, czy powód rozumiał do jakich świadczeń wzajemnych ubezpieczyciel zobowiązał się z tytułu umowy. Zdaniem Sądu pierwszej instancji z samej nazwy i istoty umowy wynikał obowiązek świadczenia przez pozwanego odpowiedniej sumy pieniężnej na wypadek śmierci ubezpieczonego. Świadczenie alternatywne przysługiwało w razie przeżycia przez ubezpieczonego okresu zawarcia umowy (czyli kolejnych 30 lat). Co do tych dwóch zobowiązań nie było zresztą sporu między stronami tak co do istnienia i treści tych świadczeń, jak i co do świadomości powoda o przysługiwaniu mu takich wierzytelności. Fakty te nie były też podstawą powództwa. Istotne było jedynie, czy powód miał świadomość, że w razie wygaśnięcia umowy przed okresem lat 30 z przyczyn leżących po jego stronie, w szczególności z przyczyny zaniechania uiszczania składek, przysługuje mu zwrot części składek pod postacią tzw. świadczenia wykupu. Okoliczności sprawy pozwoliły Sądowi Rejonowemu na stwierdzenie, że powód zachowując choćby minimalną staranność i minimalną uwagę w czytaniu krótkiej deklaracji przystąpienia do umowy, mógł i powinien zrozumieć, że w razie wygaśnięcia umowy przysługuje mu roszczenie o tzw. świadczenie wykupu. Wysokość tego świadczenia została ujęta w czytelnej i zrozumiałej tabeli zawartej w punkcie 9 ust. 4 deklaracji. Innymi słowy, przy minimalnej staranności i uwadze w czytaniu umowy, powód mógł i powinien wiedzieć, że potocznie nazwane zerwanie przez niego umowy w trzecim roku od jej zawarcia nie uprawnia go do otrzymania od pozwanego zwrotu pełnej wartości rachunku, a tylko do zwrotu przewidzianych 20% tej wartości.

Ustaliwszy powyższe, należało już tylko rozstrzygnąć, czy przewidując trzy świadczenia z tytułu umowy, tj. świadczenie z przyczyny śmierci ubezpieczonego (1), świadczenie z przyczyny dożycia przez ubezpieczonego chwili następującej 30 lat od zawarcia umowy (2) i świadczenia z przyczyny - potocznie nazywanego - zerwania umowy przez ubezpieczonego (3), dozwolone było według k.c. zastrzeżenie w umowie, że to ostatnie świadczenie będzie stanowiło określony procent drugiego ze świadczeń. Innymi słowy, czy dozwolone było zastrzeżenie, że pełną sumę środków zgromadzonych na rachunku ubezpieczony otrzyma jedynie po upływie 30 lat opłacania składek, natomiast w razie wcześniejszego zaniechania opłacania składek otrzyma ściśle określoną część tych środków (mniejszą lub większą - w zależności od tego na ile lat przed końcem okresu umowy nastąpi takie zdarzenie), w szczególności, że otrzyma 20% owej sumy w razie zerwania umowy w trzecim roku od jej zawarcia.

Przepisy ustawy, w szczególności k.c. usprawiedliwiają zdaniem Sądu Rejonowego odpowiedź, że dopuszczalne według zasady swobody umów oraz natury umowy ubezpieczenia (art. 353¹ k.c.) są opisane zastrzeżenia umowne, w szczególności zróżnicowanie świadczenia pozwanego w zależności od tego, czy wypłata następuje po 30 latach od jej zawarcia, czy też po krótszym okresie.

Gdyby podzielić argumentację powoda, należałoby przyjąć, że przy ocenie stosunku łączącego strony należałoby pominąć podstawowy i jednoznacznie określony warunek umowy, tj. jej zawarcie na okres lat 30. Tego rodzaju rozumowanie powoda oznaczało, że oczekuje on od Sądu, aby nie tylko pominął zasadnicze warunki umowy, tj. okres na jaki ją zawarto, ale również jej naturę, tj. naturę stosunku ubezpieczenia, w których każda ze stron ponosi ryzyko zajścia lub niezajścia określonych zdarzeń.

Nie uwzględniając zarzutu powoda, że zastrzeżona i potrącona przez pozwanego tzw. opłata likwidacyjna stanowi niedozwolone postanowienie umowne w rozumieniu art. 385¹ § 1 k.c, Sąd pierwszej instancji zauważył, że w umowie nie przewidziano opłaty likwidacyjnej i nie została ona pobrana ani potrącona przez pozwanego. Pozwany spełnił na rzecz pozwanego całe tzw. świadczenie wykupu bez jakichkolwiek potrąceń. Fakt, że owo świadczenie stanowiło jedynie 20% wartości odpowiedniego rachunku, nie wynikał z żadnych potrąceń, lecz ze sposobu obliczania świadczenia wykupu w okolicznościach ustalonych i objaśnionych w umowie. W związku z tym bezprzedmiotowe są rozważania powoda co do charakteru tzw. opłaty likwidacyjnej, jak też jej odniesienia do przepisów o karze umownej.

Samo świadczenie wykupu było zdaniem Sądu Rejonowego jednym z trzech zasadniczych świadczeń pozwanego przewidzianych w umowie, co wynikało jednoznacznie z § 2 umowy.

Zgodnie z art. 385¹ § 1 zdanie drugie k.c. świadczenia główne stron, sformułowane w sposób jednoznaczny, nie podpadają pod zakazy i ograniczenia ustawowe przewidziane dla niedozwolonych postanowień umownych. Oznacza to, że tzw. świadczenie wykupu, jednoznacznie określone jako 20% odpowiedniej wartości rachunku w wypadku wypłaty w trzecim roku od zawarcia umowy, nie podlega ocenie według dobrych obyczajów i interesów konsumenta w rozumieniu art. 385 k.c. i przepisów związkowych.

Jak wskazał Sąd Rejonowy, gdyby nawet ocenić odmiennie i założyć, że owo świadczenie nie jest jednym ze świadczeń głównych lub że nie zostało sformułowane w sposób jednoznaczny, w ustalonych okolicznościach faktycznych sprawy, brak było podstaw do przyjęcia, aby wysokość tego świadczenia zastrzeżono w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami lub aby rażąco naruszono interes powoda.

Sąd Rejonowy przywołał tu komentarze, które wskazują, że przez „dobre obyczaje” w rozumieniu art. 385¹ § 1 k.c. należy rozumieć pozaprawne reguły postępowania niesprzeczne z etyką, moralnością i aprobowanymi społecznie obyczajami (por. G. Bieniek, H. Ciepla, St. Dmowski, J. Gudowski, K. Kołakowski, M. Sychowicz, T. Wiśniewski, Cz. Żuławska, Komentarz do Kodeksu cywilnego. Księga trzecia. Zobowiązania, tom 1, Wielkie Komentarze, Lexis Nexis 2009).

W ustalonym stanie faktycznym nieusprawiedliwiony był zatem zarzut powoda, iż w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami lub z rażąco naruszeniem interesu ograniczono świadczenie wykupu do ułamka wartości rachunku związanego z wystawioną powodowi polisą. Powód zobowiązał się do łożenia składek przez okres lat 30 i to on sam, a nie pozwany, nie wywiązał się z umowy z przyczyn niezależnych od pozwanego, który nie dał powodowi żadnej podstawy i pretekstu do takiego zachowania. Co więcej, przez cały okres świadczenia składek pozwany gwarantował powodowi pełną ochronę z tytułu ubezpieczenia na życie. Okoliczność, że w tym czasie nie zaszedł warunek wywołujący konieczność wypłaty świadczenia na wypadek śmierci, nie zmienia stanu, że powód korzystał ze wszelkich dogodności wynikłych z posiadanej polisy, również tych, dotyczących sfery motywacyjnej (intelektualnej i emocjonalnej), a wiążących się czy to z poczuciem bezpieczeństwa rodziny, czy to uporządkowania spraw na wypadek śmierci, w tym uposażenia spadkobierców w środki na ewentualną spłatę długów spadkowych, wreszcie wiążących się z innymi okolicznościami, które legły u przyczyn podjęcia przez powoda decyzji o przystąpieniu do ubezpieczenia na życie, a które były i są osobistą sprawą powoda.

Według zebranego materiału dowodowego za nieprawdopodobne Sąd pierwszej instancji uznał też twierdzenia powoda, że nawet 30-dniowy okres na odstąpienie od umowy był zbyt krótki na zapoznanie się z treścią trzystronicowej deklaracji przystąpienia do umowy, której istotną część (około pół strony) zawiera tabela wskazująca procentowy stosunek świadczenia wykupu do bazowej wartości rachunku. Powód miał wystarczający czas na to, aby z taką umową zapoznać się, w związku z czym mógł i powinien to uczynić. W szczególności mógł i powinien wystąpić o stosowne informacje do pozwanego, gdyby warunki umowy oceniał jako niezrozumiałe. Jeśli tego nie uczynił i jeśli pomimo to podpisał deklarację, a potem nie odstąpił od umowy w ciągu 30 dni od daty doręczenia polisy, w takim razie został skutecznie związany jej warunkami zgodnie z art. 353 i 353¹ k.c. Skoro własnych świadczeń z tego tytułu zaniechał dopiero po dwóch latach płacenia składek, oczywiście nie nastąpiło to z takiej przyczyny, że aż dwa lata zajęło powodowi studiowanie umowy i proces intelektualny jej zrozumienia. I jeśli przez tak długi okres czuł się jednak związany umową, potwierdzając to comiesięczną wpłatą składki i oczekując wówczas określonych świadczeń wzajemnych od pozwanego, powinien ze zrozumieniem przyjąć również wykonanie przez pozwanego ostatniego z tych świadczeń, tj. świadczenia wykupu w takiej wysokości, jaką uzgodniono na wypadek zaniechania uiszczania składek.

Odnosząc się do wskazanych przez strony orzeczeń innych sądów w sprawach opartych na podobnych podstawach faktycznych i prawnych, Sąd Rejonowy zauważył, że każde z tych rozstrzygnięć dotyczy konkretnie ocenianych stanów faktycznych, warunkowanych nie tylko przedmiotowo, ale i podmiotowo. Okoliczności, w jakich została zawarta

konkretna umowa wymagają każdorazowego badania i Sąd w rozpoznawaniu niniejszej sprawy nie jest związany ustaleniami faktycznymi oraz ocenami innych sądów, choćby dotyczyły tego samego pozwanego i wiązały się z tym samym typem umowy, a nawet tymi samymi ogólnymi jej warunkami. Z ustaleń faktycznych w niniejszej sprawie wynikało zaś, że do chwili zamknięcia rozprawy nie zapadło prawomocne orzeczenie, w którym właściwy sąd na podstawie art. 479⁴³ k.p.c. i przepisów związkowych uznałby odpowiedni zapis umowy o wysokości świadczenia wykupu za niedozwoloną klauzulę umowną ze skutkiem powszechnym, tj. ze skutkiem związania wszystkich stron i sądów, w tym powoda i pozwanego oraz tutejszego Sądu w niniejszej sprawie.

Mając powyższe na uwadze, Sąd Rejonowy oddalił powództwo w całości.

Z tym rozstrzygnięciem nie zgodził się powód, który zaskarżył wyrok w całości i orzeczeniu w apelacji zarzucił:

- błędne ustalenie stanu faktycznego poprzez ustalenie faktów nie wynikających z zebranego w sprawie materiału dowodowego i uznanie, iż pozwana ponosiła ryzyko związane z produktem ubezpieczeniowym i dlatego zachowanie powoda należy uznać za nielojalne, w sytuacji, gdy to powód wpłacił niemalże całą kwotę, z której w razie zdarzenia ubezpieczeniowego finansowano by jego świadczenie oraz w sytuacji gdy pozwany ponosił jedynie iluzoryczne ryzyko związane z umową, a w związku z zapisami OWU uprawniającymi do zatrzymania części kwot wpłaconych przez ubezpieczonego całe ryzyko działalności gospodarczej pozwanej spółki zostało przerzucone na ubezpieczonego,

- naruszenie przepisów prawa procesowego tj.

1. art. 233 § 1 k.p.c. w zw. z art. 328 § 2 k.p.c. i nierozpoznanie istoty sprawy poprzez brak wszechstronnej oceny zapisów OWU, sytuacji stron, naruszenia dobrych obyczajów i błędnej oceny mechanizmu działania umowy i uznanie, iż zrozumienie zapisów OWU, świadczeń wskazanych w OWU przez powoda są wystarczającymi przesłankami do uznania, iż kwestionowane postanowienia OWU nie naruszają jego praw, w sytuacji, gdy sprawa wymagała szczegółowego przeanalizowania sytuacji stron, obowiązków jakie nałożono na konsumenta, jego uprawnienia do wcześniejszego zakończenia umowy ubezpieczenia, oceny faktu potrącenia znacznych środków z wpłaconych przez klienta w sytuacji wcześniejszego zakończenia umowy,

2. art. 479⁴³ k.p.c. poprzez pominięcie, iż w rejestrze postanowień wzorców umowy uznanych za niedozwolone znajdują się podobne (niemal identyczne) do przedmiotowej klauzule, które uznano za niedozwolone,

- naruszenie przepisów prawa materialnego tj.

1. art. 385¹ KC poprzez jego błędną wykładnię polegającą na uznaniu, iż zapisy wzorca umożliwiające zatrzymanie 80 % środków zgromadzonych na rachunku powoda w związku z rozwiązaniem umowy oraz przerzucanie i obciążanie powoda kosztami i ryzykiem prowadzenia działalności gospodarczej pozwanej nie są sprzeczne z dobrymi obyczajami,

2. art. 385¹ - art. 385³ pkt 12, 13, 16, 17 - poprzez pominięcie, iż kwestionowane zapisy (mechanizm umowy) jest tożsamy w skutkach z niedozwolonymi postanowieniami - takimi, które przewidują utratę prawa żądania zwrotu świadczenia konsumenta spełnionego wcześniej niż świadczenie kontrahenta, gdy strony wypowiedają, rozwiązują lub odstępują od umowy; nakładają wyłącznie na konsumenta obowiązek zapłaty ustalonej sumy na wypadek rezygnacji z zawarcia lub wykonania umowy; nakładają na konsumenta, który nie wykonał zobowiązania lub odstąpił od umowy, obowiązek zapłaty rażąco wygórowanej kary umownej lub odstępnego;

3. art. 65 k.c. poprzez błędną wykładnię Ogólnych Warunków Ubezpieczenia (...) (dalej zwanych OWU) i błędne uznanie, iż świadczenie ubezpieczyciela związane z przedterminowym, zakończeniem umowy jest świadczeniem głównym w rozumieniu art. 385¹ k.c. art. 65 k.c. w zw. z art. 805 § 1 i 2 k.c. poprzez uznanie, iż przedmiotowa umowa była umową ubezpieczenia, w sytuacji gdy jej element ochrony ubezpieczeniowej był pozorny, a w razie zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego ubezpieczyciel byłby zobowiązany do zapłaty kwot wpłaconych przez ubezpieczającego wg stanu zgromadzonego na jego rachunku - bez żadnego ryzyka ubezpieczyciela,

4. art. 353¹ k.c. poprzez błędną wykładnię i uznanie, iż przepis ten uprawniał pozwanego do stworzenia przedmiotowego mechanizmu OWU, na podstawie którego wypłacono zmniejszone świadczenie wykupu, w sytuacji gdy z przepisu tego wynika, iż zasada swobody kontraktowania jest ograniczona właściwością (naturą) stosunku, ustawą oraz zasadom współżycia społecznego, a w niniejszej sprawie przez status powoda jako konsumenta (art. 22¹ k.c), potrzebę zastosowaniu art. 385¹ k.c, i rażące naruszenie interesów powoda, które jest niezgodne z zasadami współżycia społecznego.

W oparciu o powyższe zarzuty na podstawie art. 386 § 1 k.p.c. powód wniósł o zmianę zaskarżonego wyroku w całości, to jest o zasądzenie dochodzonej kwoty wraz z odsetkami i kosztami postępowania, ewentualnie na podstawie art. 386 § 4 w zw. z art. 368 § 1 pkt 5 o uchylenie zaskarżonego wyroku w całości i przekazanie sprawy sądowi I instancji do ponownego rozpoznania, pozostawiając temu sądowi rozstrzygnięcie o kosztach postępowania apelacyjnego.

Sąd Okręgowy zważył co następuje:

Apelacja powoda zasługiwała na uwzględnienie w całości.

Sąd Okręgowy przyjmuje ustalenia Sądu Rejonowego za własne, ponieważ są one prawidłowe i w zasadzie bezsporne. Zarzut apelacji dotyczący nieprawidłowości w ustaleniach stanu faktycznego nie został prawidłowo sformułowany, ponieważ kwestia ustalenia, że strona pozwana ponosiła ryzyko związane z produktem ubezpieczeniowym, a zachowanie powoda należy uznać za nielojalne to kwestia oceny materiału dowodowego i ewentualnego naruszenia przepisu art. 233 kpc, a nie ustaleń stanu faktycznego.

Nieprawidłowy jest też zarzut naruszenia przepisu art. 479⁴³ k.p.c. Podobne zapisy OWU nie wiążą Sądu, mogą być oczywiście pomocne w ocenie prawnej, niemniej jednak powód nie może wywodzić z nich korzystnych dla siebie skutków. Sprawy te toczyły się z udziałem innych ubezpieczycieli, przy innych postanowieniach umów i regulaminów, zatem nie może dojść do prostego przeniesienia tych sytuacji do materii rozpoznawanej w niniejszym postępowaniu.

Zdaniem Sądu Okręgowego nie można jednak zgodzić z oceną prawną dokonaną przez Sąd pierwszej instancji, co skutkowało zmianą zaskarżonego wyroku. Na etapie postępowania odwoławczego postępowanie skupiło się na ustaleniu czy świadczenie, które otrzymał powód stanowiło świadczenie główne jasno określone w umowie – tak jak ocenił je Sąd Rejonowy czy też świadczenie uboczne, podlegające ocenie wprost na podstawie przepisu art. 385¹ kc. Nie udało się też, pomimo wagi zagadnienia, uzyskać odpowiedzi na pytanie zadane Sądowi Najwyższemu. Choć na uwagę zasługują obszernie stanowiska podmiotów i urzędów, które złożyły w sprawie swoje opinie.

Sąd Okręgowy stwierdził zatem, że przewidziane obowiązującą pomiędzy stronami umową ubezpieczenia świadczenie wykupu nie jest świadczeniem głównym. W zawartej umowie przewidziano trzy świadczenia – świadczenie z tytułu dożycia, świadczenie z tytułu śmierci i tzw. świadczenie wykupu. To trzecie stanowiło kwotę nie wyższą niż kwota odpowiadająca Wartości Części Wolnej Rachunku powiększona o określony procent Wartości Części Bazowej Rachunku, zgodnie z tabelą wskazaną w Załączniku nr 1 do OWU (polisa – k. 21). Dalej szczegółowo kwestie te regulował § 25 OWU, zawierający 12 podpunktów (półtorej strony zapisów – k. 40-42). Świadczenie wykupu może być zgodnie z OWU wypłatą całkowitą lub częściową. O tym, że nie jest to świadczenie główne świadczy choćby fakt, że gdyby umowa tzw. polisokaty została zawarta bez zastrzeżenia świadczenia wykupu to taka umowa nie byłaby umową nieważną, tym samym świadczenia takiego nie można uznać za essentialia negotii. Świadczeniem głównym z umowy stron jest wypłata, która następuje na skutek zdarzenia ubezpieczeniowego, a są nimi dożycie określonego wieku lub śmierć. Do wypłaty świadczenia wykupu mogło natomiast dojść na wniosek ubezpieczonego nawet co miesiąc, trudno zatem uznać, że wiązało się ze świadczeniem wykupu (częściowym) jakiegokolwiek zdarzenie ubezpieczeniowe. Zapis zawarty w ostatnim zdaniu § 25 pkt 1, że „złożenie wniosku o całkowitą wypłatę Świadczenia Wykupu skutkuje wygaśnięciem Polisy z dniem złożenia wniosku” potwierdza takie rozumowanie. Skoro potrzebna była taka regulacja, to oznacza, że polisa nie wygasła automatycznie.

Nie ma też wątpliwości, że umowa zawarta pomiędzy stronami to umowa ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym, która w rozumieniu doktryny jest umową mieszaną, z elementami klasycznego modelu umowy ubezpieczenia na życie i postanowieniami charakterystycznymi dla umów, których celem jest inwestowanie kapitału. Przewidziana umową ochrona ubezpieczeniowa ma zazwyczaj z uwagi na sumę ubezpieczenia charakter symboliczny, tak więc dominuje w niej aspekt kapitałowy, uzasadniający pogląd, że cel umowy zakłada istnienie długotrwałego stabilnego stosunku prawnego łączącego strony w celu zgromadzenia jak najwyższego kapitału i wygenerowania możliwie najlepszego efektu ekonomicznego dla ubezpieczającego, co zapewnia także ubezpieczycielowi określone korzyści. Nie ulega wątpliwości, że w takich stosunkach prawnych ubezpieczyciel pozostaje zainteresowany jak najdłuższym uiszczaniem przez ubezpieczającego składek w celu ich dalszego inwestowania i będzie dokonywał wszelkich zabiegów, aby klienta związać na jak najdłuższy czas. Niemniej jednak przedmiotową umowę trzeba traktować jako umowę ubezpieczenia wobec szerokiej definicji określonej w art. 805 kc, co oznacza, że należy stosować do niej regulacje prawne przewidziane dla tego typu umów. W realiach niniejszej sprawy świadczeniami głównymi ubezpieczyciela jest zatem wypłata odszkodowania na wypadek śmierci lub dożycia określonego wieku, natomiast dalszym świadczeniem (niejako dodatkowym) jest zarządzanie środkami finansowymi zgromadzonymi na funduszu kapitałowym na zlecenie osoby ubezpieczonej.

Powoduje to tyle, że sporne świadczenie jako świadczenie uboczne podlega ocenie na podstawie art. 385¹ k.c. W ocenie Sądu Okręgowego sformułowania § 12 ust. 1 w zw. z ust. 2,3 i 5 oraz § 25 ust. 5 i 6 nie dość, że nie były uzgadniane z konsumentem, to jeszcze zawierają szereg niejasności i odwołują się do dalszych zapisów. Zapisy te stanowią klauzule abuzywne w myśl przepisu art. 385¹ kc. Zgodnie z treścią art. 385¹ § 1 k.c., postanowienia umowy zawieranej z konsumentem nie uzgodnione indywidualnie nie wiążą go, jeżeli kształtują jego prawa i obowiązki w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami, rażąco naruszając jego interesy (niedozwolone postanowienia umowne). Zapisy te zgodnie z art. 385¹ k.c. podlegają kontroli pod względem zgodności z dobrymi obyczajami oraz interesami konsumentów. Postanowienia umów sprzeczne z dobrymi obyczajami oraz rażąco naruszające interesy konsumenta nie wiążą go. W myśl art. 385² k.c., oceny zgodności postanowienia umowy z dobrymi obyczajami dokonuje się według stanu z chwili zawarcia umowy, biorąc pod uwagę jej treść. Klauzulę generalną zawartą w art. 385¹ k.c. uzupełnia przykładowa lista „niedozwolonych postanowień umownych” zamieszczona w art. 385³ k.c. Obejmuje ona najczęściej spotykane w praktyce, klauzule, które uznawane są za sprzeczne z dobrymi obyczajami i zarazem rażąco naruszające interesy konsumenta. Ich wspólną cechą jest nierównomierne rozłożenie praw, obowiązków i ryzyka między stronami, prowadzące do zachwiania równowagi kontraktowej. Chodzi tu o takie klauzule, które jedną ze stron (konsumenta), z góry, w oderwaniu od konkretnych okoliczności, stawiają w gorszym (trudniejszym) położeniu. Zamieszczenie w umowie któregoś z postanowień objętych wyliczeniem znacząco ułatwia wykazanie, że wypełnia ono przesłanki niedozwolonego postanowienia umownego. Art. 385³ k.c. ustanawia domniemanie, że klauzula umowna o określonej treści jest „zakazany postanowieniem umownym”. To domniemanie działa w razie wątpliwości, a zatem wówczas, gdy pojawią się wątpliwości co do tego, czy dopuszczalne jest posłużenie się określoną klauzulą w obrocie. Wątpliwości te należy przesądzić, z mocy art. 385³ k.c., na rzecz uznania danego postanowienia za niedozwolone. W innych przypadkach przedsiębiorca musi wykazać, że wprowadzona do umowy klauzula, chociaż o „niedozwolonym” brzmieniu, nie kształtuje praw (obowiązków) konsumenta w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami, rażąco naruszając jego interesy. Strona, kwestionując klauzulę wzorca, nie musi jednocześnie przyporządkować jej do jednej z klauzul objętej wyliczeniem. W tym zakresie odpowiedniej kwalifikacji dokonuje Sąd.

Sąd Okręgowy uznaje, że przepisy § 12 i 25 ogólnych warunków ubezpieczenia stanowiących podstawę umowy ubezpieczenia wiążącej strony niniejszego postępowania są klauzulami niedozwolonymi. Nie ma wątpliwości, że wysokość opłaty likwidacyjnej powinna być uzależniona jedynie od kosztów, jakie ponosi ubezpieczyciel w związku z wygaśnięciem umowy ubezpieczenia i wykupem jednostek uczestnictwa. Opłata likwidacyjna lub jakiegokolwiek dalsze potrącanie wartości środków wypłaconych z subkonta składek regularnych (stanowiących przecież środki finansowe ubezpieczonego) są niedozwolone, niezależne od poniesionych przez stronę pozwaną kosztów, nadmiernie obciążają konsumenta, a tym samym rażąco naruszają jego interesy. Ponadto warto zwrócić uwagę na zapis § 26 pkt. 1,

gdzie wymienionych jest osiem opłat, które pobiera fundusz za zarządzenie środkami, co także nie może umknąć uwadze Sądu i już tylko z tego względu nie znajduje żadnego uzasadnienia postanowienie umowne, które przewiduje możliwość pobrania przez pozwanego od powoda kolejnych, dodatkowych opłat ze środków zgromadzonych przez powoda w celu oszczędzania i inwestowania. Co więcej Sąd Okręgowy zwrócił uwagę także na tabelę, zgodnie z którą wypłacane są środki w zależności od tego, w którym roku dochodzi do rozwiązania umowy (k.48) – z niezrozumiałej przyczyny wypłacie podlega końcowo 96 % zgromadzonych środków, zatem 4 % stanowi kolejną ukrytą opłatę.

Nie można też zgodzić się ze stwierdzeniem, że zapis „wysokość świadczenia wykupu na dany dzień jest równa wartości części wolnej rachunku oraz określonego procentu wartości części bazowej rachunku wskazanego w ustępie 15 załącznika nr 1 do OWU” jest zapisem sformułowanym na tyle jasno, aby ubezpieczony był w stanie określić jaką otrzyma sumę w przypadku rozwiązania umowy z innego powodu niż śmierć czy dożycie. Nie bez znaczenia pozostaje także fakt konstrukcji zapisów umowy, w tym liczne odwoływanie się do innych paragrafów – powoduje to tyle, że zapisy umowy nie są czytelne, a już na pewno nie dla konsumenta.

W związku z powyższym należało przyznać rację powodowi, iż Sąd Rejonowy naruszył przepisy art. 233 § 1 k.p.c., art. 385¹ kc w zw. z art. 385³ pkt 12, 13, 16, 17 i art. 65 kc.

Wreszcie też wskazać należy, że nawet gdyby uznać, że przedmiotowe świadczenie jest zasadniczym świadczeniem z umowy stron, to zapisy jego dotyczące budzą wątpliwość, bowiem są sformułowane w sposób niejednoznaczny. Oznacza to tyle, że mogą zostać poddane kontroli na podstawie art. 385¹ k.c.

W przekonaniu Sądu Okręgowego doszło więc do nieuzasadnionej dysproporcji praw i obowiązków na niekorzyść ubezpieczonego, który jest konsumentem. W niniejszej sprawie został naruszony interes konsumenta oraz dobre obyczaje. Za sprzeczne z dobrymi obyczajami uznać trzeba działania ubezpieczyciela zmierzające do niedoinformowania, dezorientacji, wywołania błędnego przekonania konsumenta, wykorzystania jego niewiedzy lub braku doświadczenia, a więc działania traktowane powszechnie za nieuczciwe, nierzetelne, odbiegające od przyjętych standardów postępowania.

W związku z powyższym, w przekonaniu Sądu Okręgowego, powództwo zasługiwało na uwzględnienie w całości, co skutkowało zmianą zaskarżonego wyroku, na podstawie art. 386 § 1 k.p.c. i zasądzeniem całej dochodzonej przez K. B. kwoty.

O odsetkach Sąd Okręgowy orzekł na podstawie przepisu art. 481 kc. Wypłata dochodzonej kwoty to wypłata z tytułu nienależnego świadczenia, która w zasadzie powinna mieć miejsce po wezwaniu ze strony wierzyciela. Powód wzywał stronę pozwaną do wypłaty zatrzymanej części świadczenia, jednak nie odniosło to skutku, zatem żądanie odsetek od daty wniesienia powództwa spełnia w/w wymóg.

O kosztach postępowania, zarówno przed Sądem pierwszej jak i drugiej instancji Sąd Okręgowy orzekł na podstawie art. 98 k.p.c. w zw. z art. 108 § 1 kc, tj. zgodnie z ogólną zasadą odpowiedzialności za wynik sporu. Kosztami opłaty od pozwu, opłaty skarbowej i wynagrodzenia pełnomocnika obciążono ubezpieczyciela w pierwszej instancji oraz zasądzone od niego połowę stawki w II instancji przy tak ustalonej wartości przedmiotu zaskarżenia.